

Bocio endotorácico en un adulto

Endothoracic goiter in an adult

José Alberto Puerto Lorenzo^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-1686-1844>

Lidia Torres Aja¹ <https://orcid.org/0000-0001-8335-5437>

Eslinda Cabanes Rojas¹ <https://orcid.org/0000-0003-0590-0422>

¹Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cuba.

*Autor para correspondencia: jose.puerto@gal.sld.cu

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un paciente de 48 años de edad, quien acudió a la consulta de Patología de Tiroides del Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, por presentar aumento de volumen del cuello en la región anterior, decaimiento, ocasionalmente disfagia y ligera disnea. Al examen físico se constató un tumor en la región anteroinferior y lateral derecha del cuello, movable, que se prolongaba hacia abajo a la parte superior del tórax. Se realizó hemitiroidectomía derecha con exéresis de la prolongación endotorácica. El paciente evolucionó favorablemente.

Palabras clave: adulto; bocio subesternal; bocio nodular; glándula tiroides, hemitiroidectomía.

ABSTRACT

The case report of a 48 years patient is presented. He went to the Thyroid Pathology Service of Dr. Gustavo Aldereguía Lima Provincial Hospital from Cienfuegos, due to an increase of volume in the anterior region of the neck, weakness, occasionally deglutition disorders and light dyspnea. A tumor was verified in the anteroinferior

and lateral right region of the neck, movable, that was prolonged downward to the superior part of the thorax when the physical exam was carried out. A right hemithyroidectomy was carried out with exeresis of the endothoracic extension. The patient had a favorable clinical course.

Key words: adult; substernal goiter; nodular goiter; thyroid gland, hemithyroidectomy.

Recibido: 24/06/2021

Aprobado: 09/10/2021

Introducción

La enfermedad tiroidea abarca desde procesos benignos hasta cánceres, con manifestaciones variables y función normal o alterada de la glándula, lo cual hace laborioso e interesante su estudio y tratamiento.⁽¹⁾

Desde los puntos de vista clínico y semiológico, el bocio se define como todo aumento de volumen, difuso o localizado, de la glándula tiroides. Desde la visión anatomopatológica son aquellas tumoraciones, igualmente localizadas o difusas, que se originan por hiperplasia o hipertrofia de los constituyentes normales de la glándula, a excepción de las tiroiditis y las neoplasias. Dicho aumento de volumen puede observarse, cuando se realiza el examen físico en la región anteroinferior del cuello. En ocasiones, el crecimiento del bocio puede exceder los límites de esta región y extenderse hacia el tórax, lo cual se denomina bocio endotorácico.^(1,2)

Se considera que existe un bocio endotorácico o intratorácico cuando más de 50 % de la glándula está en el mediastino o en el tórax, o sea, por debajo del nivel del estrecho torácico superior.⁽¹⁾ Constituye una enfermedad poco frecuente, que alcanza alrededor de 10 % de las masas mediastínicas, y aparece con mayor frecuencia en el mediastino superior, aunque puede localizarse en el anterior o en el posterior con componente retrotraqueal (10 - 15 %) o retroesofágico, que es el más infrecuente.⁽¹⁾

Ahora bien, el bocio endotorácico fue definido por Haller (1749) y se clasifica en primario y secundario. La elección de la vía de acceso depende del tamaño, la localización, la relación con los grandes vasos y la naturaleza de la lesión (benigna o maligna).⁽³⁾

De hecho, el bocio primario es verdaderamente intratorácico, representa menos de 1 %, no tiene relación con la glándula tiroidea cervical y es congénito; además, en su mayoría presenta un flujo sanguíneo proveniente de los vasos intratorácicos. Se origina de células embrionarias tiroideas ectópicas, que descienden al tórax con el arco aórtico.^(1,4)

El bocio secundario es el más común y frecuente, representado por el bocio retroesternal adquirido; surge de la glándula tiroidea cervical, debido al crecimiento y al descenso de este hacia el tórax. Los factores anatómicos favorecedores de dicho descenso están dados porque la glándula está limitada por estructuras rígidas (vértebras, fascia cervical, cartílago tiroideos y cricoides) excepto en su límite inferior, que es la parte de menor resistencia, la cual se ve favorecida por la presión intratorácica negativa, la tracción descendente producida por la deglución y el peso de la glándula.^(1,4,5)

En cuanto a su definición, no existe un consenso claro sobre el volumen intratorácico, con una variabilidad de prevalencia entre 1 y 48 %. Se trata de una entidad de gran importancia clínica debido a la severidad de los síntomas compresivos y los potenciales riesgos intraoperatorios y posoperatorios.⁽⁶⁾ Su incidencia a escala internacional disminuye con el consumo sistemático de la sal yodada y la ingestión de alimentos ricos en yodo; 3 % de los pobladores del mundo lo presentan.^(7,8)

Según algunos autores,^(8,9) entre 20 - 30 % de los individuos son asintomáticos. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres, con una relación de 5:1 y, generalmente, entre las quinta y sexta décadas de la vida. La mayoría de los pacientes con bocio endotorácico no presentan sintomatología hasta que la glándula tiene un peso 3 veces o más que el de la glándula normal; este hecho provoca que la afección sea detectada tardíamente, lo cual la convierte en un reto, tanto en su diagnóstico como en el tratamiento, puesto que se dificulta la vía de acceso quirúrgico.⁽⁸⁾

Cabe destacar, que la mayoría de estos nódulos son benignos, otros corresponden a cánceres (alrededor de 5 %), algunos (10 %) son funcionales y presentan el riesgo de evolucionar lentamente hacia el hipertiroidismo. El bocio es sintomático y presenta riesgo de complicaciones únicamente en el estadio multinodular.⁽⁹⁾

Las vías de acceso incluyen: esternotomía media, toracotomía, toracoscopia o incisión de hemi-clamshell. Muchos de estos tumores pueden ser resecados por la vía transcervical, pero en aquellos que se extienden al mediastino posterior se realiza la esternotomía o una toracotomía lateral.⁽¹⁰⁾ La mortalidad posoperatoria asociada a la resección es rara, se notifica entre 0,7 y 2,8 %. Entre las complicaciones posoperatorias figuran: hemorragia, hipocalcemia transitoria y parálisis recurrential permanente.^(4,9)

Caso clínico

Se describe el caso clínico de un paciente de 48 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial (HTA), para lo cual llevaba tratamiento médico. Acudió a la consulta de Patología de Tiroides del Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, puesto que, desde hacía unos meses, presentaba un aumento de volumen del cuello en la región anterior, acompañado de decaimiento y en ocasiones disfagia, tanto a los alimentos líquidos como a los sólidos; además, las actividades de la vida diaria le producían ligera disnea que toleraba adecuadamente.

Al examen físico se constató la presencia de una tumoración en la región anteroinferior y lateral derecha del cuello, movable, que se prolongaba hacia abajo a la parte superior del tórax (fig.1). No existían adenopatías palpables.



Fig. 1. Vista lateral del cuello donde se observa aumento de volumen.

- Exámenes complementarios
 - Hemoglobina (Hb): 12,3g/L
 - Hematocrito (Hto): 046
 - Glucemia: 4,2mmo/L
 - Creatinina: 86mmo/L
 - T3: 1,2 nmol/L, T4: 106 nmol/L, hormona estimulante de la tiroide (TSH): 2,89 mol/L
 - Ultrasonografía de la tiroides: en el lóbulo derecho se constató gran imagen heterogénea, que ocupaba todo el lóbulo, medía aproximadamente 51 por 67 mm y se prolongaba hacia el contorno derecho del mediastino con vascularización periférica. El lóbulo izquierdo presentaba tamaño normal.
 - Radiografía de tórax (vista anteroposterior): se observó radiopacidad cervicotorácica y ensanchamiento del mediastino.
 - Tomografía axial computarizada: mostró gran lesión tumoral que medía 5,61 por 8,13 por 6,67 cm y se extendía desde el lóbulo derecho de la tiroides hasta la bifurcación traqueal con calcificaciones en su interior, así como alteraciones de la densidad entre 45 y 82 UH, que producían compresión traqueal y del esófago.
 - Biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF): citología negativa de células neoplásicas.

Según el informe del Departamento de Anatomía Patológica el paciente presentaba una tiroiditis crónica de Hashimoto en su fase nodular insertada en un bocio multinodular.

Se procedió a la intervención quirúrgica mediante la hemitiroidectomía derecha con exéresis de la prolongación endotorácica (fig.2).

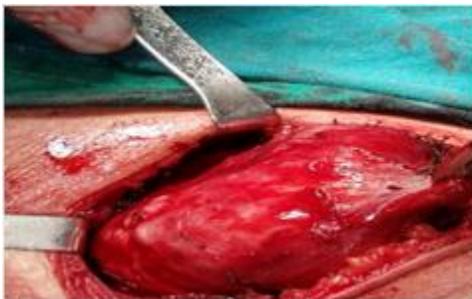


Fig. 2. Exéresis del lóbulo derecho de la tiroides

Posterior a los 6 meses de la operación, el paciente mostró una evolución favorable.

Discusión

Se considera bocio intratorácico, aquel que se encuentra parcial o totalmente en el mediastino, puede localizarse en el mediastino anterior o posterior y su incidencia está en relación con el bocio multinodular.⁽¹⁾ El diagnóstico se realiza con cierta facilidad, en su mayoría con pruebas de imagen. El tratamiento es variado, pero como el paciente responde poco a la tiroxina se elige la intervención quirúrgica, y preferentemente, la resección total de la glándula, la cual se puede remover, en su mayoría, por vía de acceso cervical. La vía de acceso torácica puede usarse en los afectados con bocio ectópico de localización posterior. En pacientes de alto riesgo puede realizarse tratamiento con yodo radioactivo.^(1,4)

Cabe destacar, que en este caso clínico se realizó una correcta y amplia anamnesis, así como estudios y examen físico exhaustivos para lograr el diagnóstico certero del paciente.

Entre los síntomas secundarios a la compresión de estructuras intratorácicas se destacan: disnea, estridor o sensación de ahogo, propios de la compresión de las vías aéreas; en algunas series se notifica que hasta 50 % de los pacientes presentan dichos síntomas.⁽⁷⁾ Otras sintomatologías compresivas son la disfagia, que se presenta en alrededor de 30 - 40 % (más frecuente en pacientes con bocio del mediastino posterior) y la ronquera en 13 %.^(5,7) El paciente estudiado presentó disfagia tanto a los alimentos líquidos como a los sólidos, acompañada de decaimiento y disnea ligera

tolerada adecuadamente, que aparecía cuando realizaba las actividades de la vida diaria.

Actualmente, el tratamiento quirúrgico ha sido el más aceptado, aunque existen desacuerdos en cuanto a la indicación terapéutica. El acceso quirúrgico generalmente es por vía cervical y no suele necesitar esternotomía o toracotomía,⁽⁸⁾ lo cual coincide con la técnica quirúrgica realizada a este paciente.

En algunas situaciones se defiende la tiroidectomía en todos los casos, debido al crecimiento progresivo, mientras que en otras circunstancias se reservaría la operación solo si existiera manifestación clínica de hipertiroidismo con síntomas compresivos, respuesta médica inadecuada o criterios de malignidad.⁽⁸⁾

Por otro lado, el tratamiento quirúrgico utilizado en este caso fue la hemitiroidectomía derecha con exéresis de la prolongación endotorácica, lo cual concuerda con lo planteado por otros autores en sus investigaciones.⁽⁹⁾

A pesar de que en la bibliografía mundial se notifican algunas complicaciones posoperatorias en los pacientes con esta enfermedad, tales como hematomas de la herida, hipoparatiroidismo, paresia de las cuerdas vocales y otras menos frecuentes como la traqueomalacia, que de no diagnosticarse y tratarse rápidamente el paciente podría tener un desenlace fatal,⁽¹⁰⁾ es importante señalar que en este caso no hubo complicaciones peroperatorias ni posoperatorias y el afectado evolucionó favorablemente.

En los pacientes con diagnóstico de bocio endotorácico, quienes presentan síntomas compresivos, el proceder quirúrgico está justificado y es muy seguro; además, la tasa de complicaciones es mínima, cuando se realiza una evaluación preoperatoria exhaustiva y un seguimiento posoperatorio minucioso.

Referencias bibliográficas

1. Misa Meliá C, Perna R. Bocio y nódulo tiroideo. Clin Quir Fac Med UdelaR. 2019 [citado 08/06/2021]. Disponible en: https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Bocios_y_n%C3%B3dulo_tiroideo_CQFM.pdf
2. Fernández Hidalgo E, Zaldívar Ramírez D, García Rodríguez F. Bocio endotorácico. Correo cient. méd..2017 [citado 08/06/2021]; 21(1): 319-26. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1560-43812017000100029&lng=es&nrm=iso
3. Hernández Torres L, Sardiñas Ponce R, Guerra Leal OA. Bocio endotorácico remanente a seis años de postiroidectomía total. Rev. cuba. cir. 2017 [citado 08/06/2021]; 56 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932017000200010&script=sci_arttext&tlng=en
4. González Rivero L, Turcios Tristá SE, Velasco Mirabal M. Aplicaciones clínicas del radioyodo 131 (I^{131}) en las enfermedades del tiroides. Rev. cuba. endocrinol. 2012 [citado 08/06/2021]; 23 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000300011
5. Fernández Velilla San José B, Díaz Tobarra M, Salvador Egea P, Eguaras Córdoba I, Hernando Sanz A, Camarero Triana B, et al. Bocio endotorácico con compresión traqueal, esofágica y vascular. Cir Esp. 2018 [citado 08/06/2021]; 96 (6). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-congresos-xxxii-congreso-nacional-cirugia-77-sesion-cirugia-endocrina-4854-comunicacion-bocio-endotoracico-con-compresion-traqueal-55560-pdf>
6. Ríos A, Sitges Serra A. Tratamiento quirúrgico del bocio intratorácico. Cir Esp. 2012 [citado 08/06/2021]; 90 (7):421-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-tratamiento-quirurgico-del-bocio-intratoracico-S0009739X12000437>
7. Vargas Uricoechea H, Pinzón Fernández MV, Bastidas Sánchez BE. Historia del bocio endémico, desde Sheng Nung hasta los programas de yodación universal de la sal en Latinoamérica. CES Med. 2018 [citado 08/06/2021]; 32 (2). Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052018000200167

8. Wémeau JL. Bocios simples y nodulares. Tratado de medicina. 2019 [citado 20/04/2020]; 23 (1): 1-5. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1636-5410\(18\)41694-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1636-5410(18)41694-7)

9. Saurith Monterrosa JL, Pila Peláez R, Pila Pérez R, Rosales Torres P. Bocio endotorácico asociado a tiroiditis de Hashimoto como causa de fiebre de origen desconocido, reporte de caso. Revista Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo. 2018 [citado 08/06/2021]; 5 (3). Disponible en: <http://revistaendocrino.org/index.php/rcedm/article/view/436/581>

10. Abad Hernández R M, Villarreal Espinoza R R, Aragón Palmero L, Jorge Campos J, Laguardia Maza L. Traqueomalacia, complicación de la exéresis de un bocio difuso endotorácico bilateral. Rev. cuba. anestesiología y reanimación. 2019 [citado 08/06/2021]; 18 (1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v18n1/1726-6718-scar-18-01-e537.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores

José Alberto Puerto Lorenzo: Concepción y definición del tema; diseño, análisis e interpretación de los datos; redacción del artículo y revisión crítica de su contenido intelectual; elaboración y aprobación del informe final (50 %)

Lidia Torres Aja: Concepción y participación en el diseño metodológico; aprobación de la versión final y redacción del informe conclusivo (25 %)

Eslinda Cabanes Rojas: Concepción y revisión crítica de una parte importante del contenido intelectual y aprobación de la bibliografía utilizada (25 %)

